

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N° 364

23

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 novembre 1882, à 1 heure.

PAR M. GÉHE,

Né à Manciet (Gers) le 18 juin 1857.

DES KYSTES DE LA LANGUE

Président : VERNEUIL, professeur.

Juges : MM. { DUPLAY, professeur.
RECLUS, POZZI, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BÉCLARD.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASÈGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHET.
Clinique chirurgicale.....	GOSELIN.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	GLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,

Membre de l'Académie de médecine,

Officier de la Légion d'honneur, etc.

A MON EXCELLENT MAÎTRE

M. LE DOCTEUR LANNELONGUE,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,

Chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

DES

KYSTES DE LA LANGUE

INTRODUCTION.

Les kystes de la langue ont été peu étudiés jusqu'à ce jour ; il n'en est presque pas question dans les traités classiques. Ce n'est que dans quelques monographies, dans des ouvrages spéciaux que nous avons pu trouver certains renseignements.

Ayant observé assez récemment un cas de ce genre dans son service, M. Lannelongue nous a fait apprécier tout l'intérêt de cette question, et nous a engagé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Il nous a prévenu à l'avance des difficultés que nous rencontrerions, et a bien voulu nous aider de ses excellents conseils dans ce travail peut-être au-dessus de nos forces. Qu'il nous soit permis de lui en témoigner ici notre profonde gratitude.

Dans la pathogénie des kystes de la langue, nous avons puisé dans la remarquable thèse de M. le

D^r Cusset des renseignements précieux. Nous citerons encore, parmi les ouvrages que nous avons consultés, le *Traité des tumeurs* de Broca, la thèse de concours de Maisonneuve, etc., etc... Avant de commencer cette étude, nous prions M. le professeur Verneuil de recevoir nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

DIVISION DU SUJET.

Nous étudierons dans la langue quatre variétés de kystes : *kystes séreux*, *kystes muqueux*, *kystes hydatiques*, *kystes dermoïdes*.

Après avoir rappelé en quelques mots l'anatomie normale de l'organe qui nous occupe, nous consacrerons un chapitre spécial à l'anatomie pathologique de ces affections. Nous nous efforcerons d'en exposer la pathogénie. Nous traiterons ensuite des symptômes et du diagnostic, et nous décrirons pour terminer les divers modes de traitement qui ont été proposés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous allons rappeler brièvement, et sans entrer dans les détails, les parties essentielles qui constituent la langue. Celle-ci est formée par un squelette, des muscles, une muqueuse, des glandes, des vaisseaux et des nerfs.

L'os hyoïde, les apophyses génio-supérieures d'une part, donnent insertion à la plupart des muscles de la langue, qui vont d'autre part se fixer sur un fibrocartilage médian, le *septum lingual*, et à la face profonde de la muqueuse.

Les muscles de la langue forment une masse charnue excessivement mobile, et qui concourt en raison même de cette mobilité aux phénomènes de la mastication, de la déglutition et de l'articulation des sons. On les a divisés en *extrinsèques* (génio-glosses, hypo-glosses, etc.) et *intrinsèques* (linguaux). Leurs fibres s'entrecroisant dans tous les sens, forment un lacis inextricable, et sont très difficiles à suivre. Elles offrent fréquemment des anastomoses, et on ne trouve dans leur intervalle que très peu de tissu conjonctif.

Sur la face inférieure de la langue, la muqueuse ne présente pas de caractères particuliers, et se comporte de la même façon que la muqueuse buccale. Il n'en est pas de même sur la face dorsale ; là, en effet, elle donne attache à des fibres musculaires par sa face

profonde, et offre à sa face libre des papilles qui lui donnent un aspect caractéristique. Les papilles sont de quatre espèces : les unes très petites, *papilles filiformes*, les plus nombreuses, sont éparses sur toute la surface de la muqueuse; les secondes, de grandeur moyenne, *papilles fungiformes*, sont parsemées au milieu des précédentes en nombre variable; les troisièmes, *papilles caliciformes*, sont rangées suivant deux lignes formant un angle ouvert en avant ou V lingual; enfin, les *papilles hémisphériques*. Entre ces quatre espèces, on trouve des formes de transition. Toutes, sans exception, contiennent au moins une anse vasculaire; elles possèdent en outre des filets nerveux nombreux qui sont superficiels, et qui présenteraient à leurs extrémités des renflements terminaux spéciaux.

Les glandes de la langue sont de deux ordres : les *glandes en grappe* et les *follicules clos*. Les *follicules clos*, du volume d'un grain de millet, siègent dans la portion pharyngienne de la langue. Les *glandes en grappe* occupent la face dorsale de la base, la partie postérieure des bords et la face inférieure de la pointe. Elles s'agglomèrent surtout en deux endroits : en avant, c'est la glande de *Blandin* ou de *Nuhn*, s'ouvrant par quatre ou cinq conduits excréteurs sur la face inférieure de la langue; en arrière, ce sont les *glandes de Weber*, placées au niveau des extrémités antérieures des branches du V lingual.

Les artères viennent de la linguale.

La muqueuse linguale est très vasculaire, et ses

capillaires ne communiquent pas sur la ligne médiane. Les veines vont aux veines linguales. Les lymphatiques, très nombreux dans la muqueuse, se rendent aux ganglions profonds de la région sous-hyoïdienne.

Les nerfs moteurs de la langue viennent à peu près exclusivement du grand hypoglosse. Les nerfs sensitifs sont fournis par le lingual dans la partie antérieure du V lingual, et par le glosso-pharyngien dans le V lingual et la partie postérieure; et aussi par un filet du laryngé supérieur. Le lingual et le glosso-pharyngien présentent sur le trajet de leurs ramifications de petits ganglions microscopiques. Des rameaux sympathiques accompagnent les artères.

Kystes séreux. — Ces tumeurs n'ont pas un siège constant; cependant on les rencontrerait, s'il faut en croire certains auteurs, le plus souvent à la face inférieure et à la base de la langue. Elles présentent à étudier une membrane d'enveloppe et un liquide contenu dans ce sac. Les parois du sac sont plus ou moins épaisses, selon que le kyste est plus ou moins ancien, et aussi suivant sa profondeur au milieu des tissus de la langue. La face interne, en rapport avec le contenu kystique, est tapissée par une couche épithéliale pavimenteuse assez mince formée par des cellules pâles, ainsi que Billroth a pu le constater (endothélium de His, épithélium faux de Thiersch). Plusieurs auteurs attribuent à cette couche la produc-

tion du liquide qui remplit la poche; ils la considèrent comme une vraie membrane sécrétante.

La contenu kystique est liquide, transparent, d'une clarté semblable à celle de l'eau. Le microscope permet d'y découvrir des granulations très fines; on y trouve encore des cellules rondes, pâles; celles-ci sont cependant assez abondantes (Billroth).

Kystes muqueux.— Les kystes muqueux paraissent avoir un siège anatomique déterminé. Ils ne se développeraient que dans les glandes de la langue, c'est-à-dire à la partie inférieure de la pointe, sur les bords et entre les amygdales.

Les parois de ces kystes sont plus épaisses que celles des kystes séreux; leur face interne est quelquefois rugueuse (Billroth), quelquefois lisse, et dans ce cas elle est recouverte par plusieurs couches épithéliales disposées les unes au-dessus des autres.

Le contenu est un liquide blanchâtre, tantôt et le plus souvent d'aspect albumineux, tantôt ressemblant à de la gelée. A l'examen histologique on y découvre des cristaux de cholestérine, quelques globules sanguins; mais ce qu'on aperçoit surtout en assez grande abondance, ce sont des cellules, rondes, pâles, volumineuses, analogues à celles que nous avons indiquées dans les kystes séreux, et des granulations graisseuses (Billroth, Bouisson).

Bouisson rapporte qu'il a enlevé un kyste séreux à un jeune officier. L'analyse chimique du contenu

faite par M. le professeur Chancel (de Montpellier) n'y fit reconnaître que du mucus absolument pur (1).

Kystes hydatiques. — Les kystes hydatiques de la langue ne présentent rien de particulier au point de vue de leur anatomie pathologique. Ils peuvent occuper tous les points de l'organe. La présence de l'hydatide dans la langue y provoque un certain degré d'inflammation, comme elle le fait dans le foie, par exemple. La poche hydatique présente deux membranes à étudier : l'*externe* anhyste et transparente est constituée de feuillets stratifiés régulièrement; l'*interne*, *membrane fertile* de M. le professeur Robin, a un aspect granuleux et, par ses transformations aujourd'hui bien connues, elle donne naissance aux cysticerques qui seront un jour libres dans le liquide qu'elle renferme. Ces cysticerques ont une tête garnie de crochets, une vésicule caudale, etc.

Le liquide, lorsqu'ils sont vivants, est clair, transparent, neutre ou légèrement alcalin; il est très riche en chlorure de sodium et caractérisé par l'absence complète d'albumine; mais si les cysticerques sont morts, une partie du liquide se résorbe, le reste devient purulent.

Kystes dermoïdes. — Ceux-ci ont une structure analogue aux kystes dermoïdes des autres régions. La paroi interne de la poche kystique est un tissu orga-

(1) Dict. encycl., t. I, 2^e série, p. 398.

nisé; dans l'une des observations que nous rapportons plus loin, l'examen en a été fait par M. Nicaise, qui a constaté qu'elle était cutanée. Les parois sont généralement minces. Le contenu est constitué par des cellules épidermiques, des poils, etc.; ce contenu a quelquefois beaucoup d'analogie, tant par sa couleur que par sa consistance avec du mastic. Un fait caractéristique et que l'on ne doit pas passer sous silence est leur siège constant sur la ligne médiane.

PATHOGÉNIE.

La pathogénie de certains kystes de la langue ne peut être bien comprise qu'à la condition d'avoir présentes à l'esprit certaines phases du développement de la bouche. Aussi jugeons-nous nécessaire de faire précéder cette étude de la description du développement des arcs branchiaux qui nous intéressent. Nous emprunterons cette description à la remarquable thèse de M. le Dr Cusset (1).

« Le premier arc branchial est destiné à la production de la face, concomittamment avec un autre bourgeon médian (bourgeon frontal).

« Il naît, comme on l'a vu, du quatorzième au quinzième jour de la vie intra-utérine aux dépens d'une petite masse blastématique en forme de bourgeon, située dans la région de la base du crâne, correspondant au futur corps du sphénoïde antérieur. Par une croissance beaucoup plus rapide que celle des autres arcs branchiaux, il s'avance vers la ligne médiane, où il se soude avec celui du côté opposé, formant ainsi un arc fermé dans lequel naîtra le *maxillaire inférieur*.

(1) Cusset. Etude sur l'appareil branchial des vertébrés et quelques affections qui en dérivent chez l'homme (Thèse de Paris, 1877).

« L'arc maxillaire inférieur donne naissance à trois arcs secondaires....

« Ajoutons encore, pour être complet, que dans le point correspondant à la soudure du maxillaire inférieur, on voit apparaître deux petits tubercules, un de chaque côté, qui, en se soudant l'un à l'autre, forment un bourgeon triangulaire : c'est le premier rudiment de *la langue*. Ce bourgeon devient ensuite plus arrondi et s'allonge en un cône charnu, qui conserve toujours les traces d'une soudure médiane; il se fléchit en avant et sa base devenant de plus en plus large, écarte ainsi de plus en plus les deux premiers arcs branchiaux l'un de l'autre. De plus, en même temps que le travail d'oblitération fait disparaître les fentes interceptées par les diverses parties de cet arc, on voit les parties molles s'accroître par-dessus et modifier un aspect qui, sans elles, aurait été monstrueux. »

Kystes dermoïdes. — Occupons-nous d'abord des *kystes dermoïdes*. Deux théories sont en présence pour expliquer leur formation : la théorie de l'hétérotopie plastique formulée par Lebert : « Beaucoup de tissus
« simples ou composés et des organes plus complexes
« même peuvent se former de toutes pièces dans des
« endroits du corps où on ne les rencontre point (1); » et la théorie de M. le professeur Verneuil qui a été fort bien exposée par M. le Dr Régnier dans sa thèse

(1) Mém. de la Soc. de biol., 1852, p. 306.

inaugurale (1). D'après cette théorie, la formation des kystes dermoïdes ne serait due qu'à un vice de soudure des fentes de l'appareil branchial. Ce serait alors « un cul-de-sac de peau normale, anormalement emprisonnée dans des tissus normaux. » (Verneuil.)

Nous rejetons la théorie de Lebert qui ne nous explique nullement la congénitalité des kystes dermoïdes, leur formation, leur siège déterminé et leur structure constante.

La théorie de M. le professeur Verneuil, au contraire, nous paraît conforme aux données de la physiologie pathologique et de la clinique; elle nous explique l'origine de ces tumeurs, leur siège, leur structure toujours uniforme.

Mais cette théorie, pourra-t-on nous objecter, ne permet pas d'expliquer la formation de semblables tumeurs dans les parties profondes et notamment sur la langue. La réponse à une pareille objection ne nous paraît pas difficile à formuler; « car si l'on veut bien admettre que l'inclusion des tissus puisse se faire aux dépens du *tégument interne* de la même manière que pour la peau, nous n'aurons aucune difficulté, il nous semble, à nous expliquer la formation de ces tumeurs (2); et alors au lieu de trouver dans ces kystes tous les éléments de la peau, nous y trouverions les éléments du tégument interne.

Si nous nous rappelons maintenant le développe-

(1) Régnier, Thèse de Paris, 1869.

(2) Cusset. Loc. cit.

ment de la langue, nous savons qu'elle est constituée d'abord par deux bourgeons qui doivent se souder sur la ligne médiane pendant la vie intra-utérine. Supposons que, pour une cause quelconque, il se fasse au niveau de cette soudure une inclusion semblable à celle qui produit les kystes dermoïdes de la queue du sourcil par exemple; dès lors la poche kystique se trouve constituée et ses parois vont donner lieu aux mêmes productions que les bourgeons normaux. On serait peut-être tenté de croire qu'on va trouver dans l'intérieur de ce kyste tous les éléments des muqueuses. Il n'en est rien; car nous savons, ainsi que l'a démontré M. le professeur Robin (1), que le tégument interne au niveau de la bouche.... forme une muqueuse dermato-papillaire et non pas une muqueuse proprement dite.

Le contenu de ces kystes sera constitué par les éléments de cette muqueuse spéciale.

Nous rapportons ici deux observations, dont une a été publiée par M. Nicaise dans les « Bulletins de la Société de chirurgie. » Cette observation est celle d'un kyste dermoïde développé suivant la loi de M. le professeur Verneuil sur la ligne médiane du maxillaire inférieur.

La seconde observation a été publiée par M. Blachez dans les « Bulletins de la Société anatomique. » Il s'agit d'un kyste branchial qui occupe toute la région antérieure du cou. Ce kyste envoie un prolongement jusque dans l'épaisseur de la langue.

1) Journal de l'Ecole de médecine de Paris, 1874-75, p. 88.

OBSERVATION I.

Kyste dermoïde canaliculé de la bouche.

(Observation rapportée par M. Nicaise. Bull. de la Société de chirurgie, 29 juin 1881.)

En 1877, j'ai opéré avec M. Chaignat, d'Orléans, une petite fille de 3 ans, qui portait un kyste dermoïde de la bouche. Il était situé à la face inférieure de la pointe de la langue, à gauche de la ligne médiane et avait le volume d'une noisette; à travers la muqueuse étalée, on distinguait la teinte jaunâtre du contenu. Cette tumeur gênait les mouvements de la langue qu'elle accompagnait dans ses déplacements; elle pouvait être portée en dehors de la bouche par la propulsion de la langue en avant.

Une incision sur la face inférieure de la langue permit de disséquer le kyste, dont les parois étaient minces. Ce kyste se continuait au niveau du raphé avec un cordon très dur, résistant, rigide, qui allait s'insérer perpendiculairement sur la face postérieure du maxillaire inférieur, au milieu des apophyses géni, en suivant exactement la ligne médiane; il avait de 2 à 3 millim. de diamètre.

Je disséquai ce cordon fibreux dans toute sa longueur et le séparai du maxillaire par un coup de ciseaux. Le cordon de consistance fibro-cartilagineuse était creusé dans son axe d'un étroit canal dont la paroi avait l'aspect d'une surface cutanée,

Le contenu du kyste était une matière grasse homogène, ressemblant à du saindoux un peu ramolli et de couleur gris jaunâtre; la même matière se rencontrait dans le canalicule.

La guérison fut rapide et complète; j'ai revu la malade longtemps après l'opération.

« Il s'agissait bien là d'un *kyste dermoïde canaliculé de la bouche*, s'insérant, conformément à ce qu'a démontré M. Verneuil, sur la ligne médiane du maxillaire. Le kyste s'était *développé sur la face inférieure de*

la langue et non sur le plancher de la bouche comme cela arrive le plus souvent.

Une autre particularité de ce kyste, c'est l'existence d'un *canalicule* qui paraissait être la partie sécrétante, le kyste n'étant que le réservoir de la matière sécrétée. »

OBSERVATION II.

Kyste congénital du cou chez un fœtus.

Observation recueillie par M. Blachez (Bull. de la Soc. anat. mars 1856, p. 286).

Madame M., n'avait jamais senti remuer pendant sa grossesse; son ventre était très volumineux et était distendu par une tumeur globuleuse dépassant de beaucoup l'ombilic. On diagnostiqua une hydropsie de l'amnios, fait qui se confirma au moment de l'accouchement.

Le fœtus expulsé porte à la partie antérieure du cou une énorme tumeur offrant le volume d'une noix de coco. La paroi de cette tumeur fut largement déchirée pendant l'accouchement. Voici quelles sont les limites de cette tumeur : en haut, elle descend du pourtour de la mâchoire inférieure qui est flottante et comprise dans l'épaisseur de la paroi ; le plancher de la bouche et la langue la limitent dans ce sens. En bas, elle descend jusqu'à la partie moyenne du sternum ; il est probable que, quand elle était pleine, elle devait saillir fortement en avant du cou. En arrière, elle repose sur les organes du cou, qui n'ont avec elle que des rapports de contiguité. La tumeur est sous-cutanée et comprend toute la peau de la région mentonnière, sous-hyoïdienne et cervicale antérieure. La paroi est formée par la peau, sans altération aucune, mais largement distendue, sans amincissement appréciable; au-dessous d'elle existe une membrane d'apparence séreuse, et de la face interne partent des cloisons incomplètes, fortement adhérentes, de même nature

que la membrane dont elles dépendent. Ces cloisons ne sont nulle part assez développées pour former à l'intérieure de la poche des cavités indépendantes. En suivant la paroi supérieure de la poche, formée par le plancher buccal, on arrive dans une espèce de cul-de-sac au-dessous de la muqueuse linguale, doublé par le lingual superficiel. Quant aux autres muscles linguaux, on en distingue à peine quelques fibres qui viennent se perdre dans les parois de la tumeur. La mâchoire inférieure, flottant dans les parois de la poche, est formée de deux pièces séparées sur la ligne médiane par un intervalle de deux travers de doigt. Chacune de ces pièces est ossifiée. Le tissu osseux, friable et mince, présente un aspect rayonné. L'échancrure sigmoïde est bien marquée, les condyles dessinés, et l'apophyse coronoïde mousse est peu saillante. Les condyles ne présentent pas de surface articulaire proprement dite; ils sont dépourvus de cartilage et distants de plus de 2 centimètres de l'apophyse zygomatique.

Au moment du passage de la tête, une partie du contenu de la poche, formé par du sang liquide et des caillots, s'est échappé; mais il reste encore cinq ou six caillots ayant le volume d'un œuf, et dont les uns sont mous, rouges, peu consistants, les autres fermes, blanchâtres, formés de fibrine presque exclusivement. C'est dans l'intérieur de ces derniers que se rencontrent cinq ou six corps durs, amorphes, évidemment constitués par du tissu osseux. Le plus gros de ces petits corps est placé au voisinage de la mâchoire du côté droit; il a le volume d'une aveline; il est très dur, comme ébourné. Les autres sont beaucoup plus petits.

La poche, à part la large déchirure déjà notée, est complètement fermée, sans communication avec les organes et les vaisseaux voisins.

Les parotides sont bien développées. On distingue des vestiges de la glande sous-maxillaire droite. Quant à la gauche et aux glandes sublinguales, on n'en distingue pas de traces. Elles se sont probablement atrophiées par suite du développement de la tumeur.

Remarque. — Cette observation, bien qu'elle nous

entraîne au delà des limites que nous nous sommes tracées, nous montre bien certaines lésions, par exemple le défaut de soudure du maxillaire inférieur sur la ligne médiane. Quant à ce prolongement qui remonte dans la langue, son existence est liée très probablement, au défaut de soudure des deux branches de l'os maxillaire inférieur.

Les deux branches du maxillaire ne se soudant pas, les deux bourgeons primitifs de la langue se sont aussi développés sans se réunir.

Kystes séreux. — Ceux-ci, nous le savons, n'ont pas de siège bien déterminé. Ne serait-il pas permis de penser que quelques-uns résultent de la transformation de tumeurs érectiles (1)? Nous savons, en effet, que la langue est fréquemment le siège de ces sortes de tumeurs; d'un autre côté leur transformation kystique est aujourd'hui bien connue, et Broca nous la signale dans son *Traité des tumeurs* (2) : « Cette transformation, dit-il, est due à l'oblitération des vaisseaux au milieu desquels s'épanchent et s'organisent les produits de l'inflammation. On sait que le tissu fibreux d'origine inflammatoire possède une grande force de rétraction. Les vaisseaux comprimés, étranglés par suite de

(1) Un fait de ce genre a été signalé tout récemment encore par M. Lannelongue, pour une tumeur érectile d'un doigt ayant subie la dégénérescence kystique (Bull. Soc. chir., 1881 p. 854).

(2) Broca. *Traité des tumeurs*, t. II, p. 224.

cette rétraction s'oblitérent, et la tumeur cesse d'être érectile. »

Dolbeau, dans un mémoire qu'il a publié sur un cas de grenouillette sanguine (1), nous apprend qu'il existe à la base de la langue, sur le plancher de la bouche, des tumeurs sanguines occupant le siège des grenouillettes salivaires. Ces tumeurs, dit-il, se forment aux dépens de tumeurs érectiles veineuses, elles sont congénitales, etc. La grenouillette sanguine est très susceptible de s'enflammer, elle peut se transformer en un kyste séro-sanguin bien isolé.

Nous ne connaissons pas de cas dans lequel cette transformation ait été signalée pour des tumeurs érectiles de la langue, nous pensons néanmoins qu'on pourrait l'admettre par analogie, puisqu'elle a été observée sur d'autres muqueuses et notamment sur celle du plancher de la bouche.

Lorsque les kystes séreux sont consécutifs à des tumeurs érectiles, on trouve tout autour d'eux des traces de la tumeur qui leur a donné naissance ; de plus la cavité de ces kystes est irrégulière et présente plusieurs diverticules.

Il existe une autre variété de kystes séreux ; ceux-ci, bien limités, constituent des tumeurs à cavité unique. Pour certains auteurs ils paraîtraient se développer dans des cavités réexistantes, dont ils constitueraient une sorte d'hydropisie (2). Ne serait-il pas

(1) Union médicale, 1837, n° 117.

(2) Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., t. XX, p. 157.

permis, en effet, pour expliquer leur mode de formation, de les considérer comme une ectasie d'un diverticulum muqueux probablement accidentel, qui a été signalé pour la première fois en 1866 par M. Bakdalek; d'après cet auteur, ce diverticulum serait tapissé par un épithélium à cils vibratiles et il siègerait au-dessous de la langue et s'enfoncerait profondément dans sa racine.

Neumann a rapporté en 1877 dans les Archives de Langenbeck (2) un cas de kyste sublingal congénital. L'examen de la paroi de ce kyste permit de découvrir qu'elle était tapissée à sa face interne par un épithélium vibratile comme le diverticulum signalé plusieurs années avant par Bakdalek; le siège du canal et du kyste étant le même, Neumann considéra ce kyste comme une ectasie du diverticulum.

Nous rapportons nous-même une observation de kyste séreux congénital dont la paroi était tapissée par un épithélium à cils vibratiles. Le siège de ce kyste correspond bien à celui qu'occuperait le diverticulum; de plus l'épithélium des deux parois étant identique, ne pourrions-nous pas croire comme Neumann que nous avons eu affaire à une ectasie de ce canal?

(1) Ein Beitrag zur Kenntnis der Ranula (Archiv. für Klin. chir., 1877, d. XX, Heft 4, s. 825).

OBSERVATION III.

Kyste séreux de la langue.

Observation prise dans le service de M. Lannelongue (inédite).

Le 9 juin 1882, se présente à la salle Denonvilliers le nommé V..., Henri, âgé de 1 an. Cet enfant porte une tumeur linguale qui siège à la face inférieure de l'organe; elle occupe les deux tiers postérieurs de cette face. Le filet est dévié vers la droite par le développement de la tumeur. Cette tumeur est d'une coloration blanc grisâtre et on aperçoit quelques petits vaisseaux à sa surface; on observe aussi de petites raies curvilignes, formées par la muqueuse de la langue.

Les parents du petit malade interrogés nous ont dit que l'enfant est venu au monde avec cette tumeur; elle avait alors le volume d'un pois et siégeait plus à gauche qu'à droite. L'enfant n'a jamais refusé de prendre le sein. La mère nous a encore dit que cette tumeur grossissait chaque fois que l'enfant pleurait; elle a ajouté aussi que le petit malade « fut jaune » pendant les trois premiers mois qui suivirent la naissance; mais cette teinte jaune se borna à la figure et n'envahit jamais les autres parties du corps.

Le père et la mère de l'enfant sont bien portants.

M. Lannelongue est d'avis qu'on doit enlever cette tumeur. L'opération est faite quelques jours après l'entrée du petit malade. La tumeur a été énuclée facilement. La guérison a été rapide.

L'examen histologique de ce kyste a été fait par M. Malassez, chef du laboratoire de M. Ranvier. De cet examen il résulte que le contenu de la tumeur est un liquide séreux transparent, contenant quelques cellules épithéliales, mais le fait le plus intéressant est le suivant : M. Malassez a reconnu que la paroi interne du kyste était tapissée par un épithélium pavimenteux à cils vibratiles.

Kystes muqueux : Ces tumeurs se développent exclusivement dans les glandes de la langue. Voici selon

toute probabilité leur mode de formation : supposez que pour une cause quelconque, une de ces glandes que nous avons signalées sur la langue, vienne à s'enflammer, le liquide qu'elle sécrète s'épaissit, et peut, dans certains cas oblitérer le canal excréteur qui a de son côté diminué de volume par le fait de l'inflammation. C'est ainsi que la poche kystique se trouve constituée ; dès lors la glande ne pouvant plus chasser au dehors le produit de sa sécrétion, celui-ci va s'accumuler dans son ou ses culs-de-sacs et une tumeur va se former ; cette tumeur grossira et subira la dégénérescence kystique.

L'interprétation que nous donnons du mode de formation des kystes muqueux est conforme à l'opinion de Blandin, qui un des premiers, a émis la théorie que nous reproduisons (1).

Kystes hydatiques. — Le développement de ces kystes sur la langue nous paraît assez facile à comprendre. L'hydatide au lieu de cheminer dans le tube digestif pour aller se fixer tantôt dans le foie, tantôt dans le poumon, ou encore dans quelque autre organe, le rein par exemple, s'arrête dans l'extrémité supérieure de ce canal et se fixe dans l'organe qui le premier est en rapport avec elle.

Nous pensons qu'il est inutile d'insister plus longuement sur ce fait que nous voulons simplement si-

(1) Dict. de méd. et chir. prat., 1834, t. XI, p. 8.

gnaler. L'hydatide en effet, en quelque endroit qu'elle se développe (foie, poumon, rein, muscles), procède toujours de la même manière. Elle se fixe en un point donné, un travail inflammatoire se fait tout autour d'elle, travail qui aboutit à la formation d'une poche kystique dans laquelle l'hydatide va se développer suivant des lois aujourd'hui bien connues.

SYMPTOMES ET MARCHE.

Kystes séreux. — Les kystes séreux constituent la variété la plus communément observée sur la langue. Leur siège n'a rien de précis. Ils peuvent en occuper indifféremment les diverses régions ; il paraîtrait cependant que la base et la face inférieure sont les points où on les trouve le plus souvent : les kystes séreux sont des tumeurs indolentes, arrondies, lisses, plus ou moins volumineuses ; rarement elles dépassent le volume d'un gros pois (cependant dans l'observation de Dubois que nous rapportons plus loin, la tumeur était grosse comme une noisette et compromettait la vie de l'enfant, car la succion était impossible) ; elles sont saillantes et on y perçoit assez facilement la fluctuation. Ces kystes sont quelquefois consécutifs à des tumeurs érectiles. Leur marche est lente, les fonctions de la langue sont rarement troublées.

Kystes muqueux. — Les kystes muqueux ont un siège précis : ils se développent au niveau des éléments glandulaires de la langue ; c'est-à-dire sur la face inférieure de la pointe, sur les bords et à la face dorsale de la base. Ils constituent des tumeurs indolentes lisses, un peu dures, d'un volume qui ne dépasse pas généralement celui que nous avons signalé

pour les kystes séreux. La sensation de fluctuation est moins facile à percevoir que dans ces derniers. Ils peuvent apparaître à tout âge, leur marche est très lente; ces tumeurs gênent plus ou moins les malades, sans cependant entraver les fonctions de l'organe.

Kystes hydatiques. — Ceux-ci offrent à peu près tous les symptômes des kystes séreux. Ils naissent comme eux dans tous les points de la langue. Ils se présentent sous la forme de tumeurs arrondies, lisses le plus souvent, n'occasionnant pas de douleur, du volume d'un gros pois; par la palpation, on y sent une fluctuation très manifeste; la sensation de collision, signalée par certains auteurs, ne nous paraît pas devoir être recherchée, étant donné le faible volume de ces collections kystiques. Dans les deux observations de kystes hydatiques que nous rapportons plus loin, la perception en a été impossible. En résumé, tous les signes que nous décrivons, pour tracer le tableau clinique des kystes hydatiques de la langue, s'appliquent aux kystes séreux. Il n'y a qu'une ponction exploratrice avec examen histologique du contenu de la poche kystique, qui puisse permettre d'établir un diagnostic différentiel.

Les kystes hydatiques peuvent, dans certains cas, prendre un volume notable et donner lieu à des phénomènes inflammatoires assez sérieux pour mettre obstacle à l'accomplissement de certaines fonctions de premier ordre. Dans un des cas que nous rapportons,

le kyste avait atteint le volume d'une noix, et avait provoqué une inflammation telle que, durant quinze jours, le malade fut dans l'impossibilité d'ingérer aucun aliment.

Remarque. — Les nombreux points de ressemblance qui existent entre les kystes séreux et les kystes hydatiques, la difficulté plus ou moins grande du diagnostic différentiel, que souvent le chirurgien ne cherchera pas à établir, puisque le traitement est le même, nous portent à croire que des kystes hydatiques ont pu fréquemment être méconnus et pris pour des kystes séreux. Billroth, du reste, rapporte qu'il a vu extirper sur la langue, des cysticerques qu'on avait pris pour des kystes séreux ordinaires (1).

Kystes dermoïdes. — Les kystes dermoïdes sont congénitaux, ils siègent sur la ligne médiane. Ils se présentent sous la forme de tumeurs le plus souvent peu volumineuses, pouvant quelquefois atteindre le volume d'une noisette (cas de M. Nicaise). Ces tumeurs sont indolentes; elles conservent, quand on les palpe, l'impression du doigt, impression que font disparaître les mouvements de la langue; et le chirurgien, en les explorant, éprouve la sensation que lui donnerait au toucher du mastic. Ces tumeurs s'accroissent lentement et peuvent demeurer fort longtemps stationnaires, si la gêne que le malade en

(1) Dict. Encyclop. sciences méd., art. Langue.

éprouve ne le porte pas à réclamer les secours de l'art ; toutefois, ces kystes peuvent quelquefois s'enflammer et aboutir à un travail suppuratif ; notre opinion, bien qu'elle ne s'appuie pas sur l'observation directe, a cependant pour elle l'analogie ; car nous savons que M. le professeur Verneuil a signalé cette complication pour les kystes dermoïdes du plancher de la bouche (1).

Lorsque l'inflammation survient, elle est annoncée par des douleurs, une augmentation rapide de volume et une tension plus grande de la tumeur. Ces accidents peuvent se calmer, mais, le plus souvent, la suppuration est la règle et si l'on n'intervenait pas, le pus se ferait jour à l'extérieur.

(1) Bull. Soc. anat., 1872, p. 110.

DIAGNOSTIC.

L'étude du diagnostic nous paraît nécessiter la division suivante : 1° Diagnostic différentiel avec les autres tumeurs linguales ; 2° Diagnostic des différentes variétés de kystes.

1° DIAGNOSTIC AVEC LES AUTRES TUMEURS.

Cancer. — Le cancer de la langue affecte trois formes : Encéphaloïde, squirrheuse, épithéliale.

Le cancer encéphaloïde, et ici nous voulons parler principalement de la forme enkystée, pourrait faire commettre une erreur ; on l'évitera, si l'on se rappelle que cette tumeur est le plus souvent douloureuse, qu'elle s'ulcère assez vite, qu'elle produit des hémorrhagies multiples. Les kystes, au contraire, sont des tumeurs indolentes, n'ayant aucune tendance à s'ulcérer et à troubler la santé générale.

Quant au squirrhe, ses symptômes sont tellement tranchés qu'il nous paraît impossible qu'on puisse le méconnaître.

La forme épithéliale siège le plus souvent à la pointe de la langue. Au début, elle est constituée par une petite élevation d'apparence bénigne. Après un laps de

temps assez long, survient de la démangeaison, puis une cuisson insupportable; le malade écorche la petite tumeur qui finit par s'ulcérer; de plus, dans le cas de néoplasme, l'adénopathie, bien que tardive, sera un excellent signe différentiel.

Tumeurs syphilitiques. — Ce n'est guère qu'avec les nodus syphilitiques qu'on pourrait confondre certains kystes. Mais les antécédents du malade et les autres lésions spécifiques coexistantes éclaireront le diagnostic. L'emploi du traitement antisypilitique constituerait aussi un élément d'une grande valeur.

Tumeurs fibreuses. — Ces affections sont rares. Si quelques-unes de ces tumeurs ne permettent pas une erreur de diagnostic, celles, par exemple, qui sont pédiculées ou celles dont la consistance et la dureté sont excessives, il n'en est pas de même de cette variété de tumeurs fibreuses parfois assez molles, pour donner naissance à une sensation de fausse fluctuation. Dans ce cas, nous pensons qu'une ponction exploratrice permettrait de trancher la question.

Tubercules. — L'évolution des tubercules nous semble assez caractéristique pour que l'erreur soit évitée; en effet, la maladie débute par de petites plaques rondes saillantes, véritables granulations tuberculeuses entourées d'une muqueuse rouge et tuméfiée; l'épithélium ne tarde pas à tomber, laissant à sa place une ulcération. On n'observe rien de semblable dans les kystes.

Gr. encouillette. — La grenouillette étant une affection du plancher de la bouche, bien qu'elle ait de grandes analogies avec les kystes séreux et muqueux de la langue, ne pourra point être confondue avec ces derniers.

Nous jugeons cependant nécessaire de différencier les kystes d'avec cette forme particulière de grenouillettes développées dans la bourse séreuse de Fleischmann, que M. Tillaux a remarquablement décrite dans son *Traité d'Anatomie topographique* (1). Cette bourse, située sur la ligne médiane du plancher de la bouche, au-dessous de la muqueuse et au-dessus du muscle génio-glosse, derrière le canal de Wharton et les conduits de Rivinus, remonte un peu sur la face inférieure de la langue.

Les grenouillettes, qui se développent dans cette bourse, ont, dans l'immense majorité des cas, une marche tellement rapide, qu'une des malades dont parle M. Tillaux, put indiquer la minute à laquelle la tuméfaction était apparue; de plus, elles peuvent acquérir presque instantanément le volume d'un œuf de poule; la langue est alors fortement relevée en arrière et ses fonctions sont considérablement troublées. La marche lente des tumeurs kystiques, leur moindre développement seront de bons signes pour établir le diagnostic différentiel.

Lipomes. — Les lipomes constituent une affection

(1) Tillaux. *Anat. topogr.*, p. 323.

très rare. Il en existe à peine quelques exemples dont le plus connu est celui qui a été observé dans le service de Laugier à l'Hôtel-Dieu (1). Le siège de ces tumeurs serait la partie antérieure et latérale de la langue, c'est du moins ce que tendent à démontrer les observations rapportées par Follin et Bouisson; leur consistance molle est caractéristique et si quelquefois on y sent une sorte de fluctuation, qui pourrait les faire confondre avec les kystes, la lobulation lipomateuse si elle existe sera un signe qui ne permettra pas la confusion.

Tumeurs érectiles. — Il en existe trois variétés:

Les tumeurs érectiles artérielles (Maisonnette) sont congénitales le plus fréquemment; elles siègent dans l'épaisseur de la muqueuse et présentent une coloration rouge ou rosée; la palpation y fait découvrir quelquefois une sorte de frémissement; la compression les réduit et les fait pâlir, par les efforts, elles augmentent de volume et rougissent.

Les tumeurs érectiles veineuses (Maisonnette) sont aussi congénitales quelquefois, mais le plus souvent acquises. Leur siège est le tissu sous-muqueux, leur coloration est bleuâtre; le palper n'y décèle pas de frémissements, mais comme les tumeurs artérielles elles augmentent de volume par les efforts.

La tumeur érectile sera-t-elle mixte, elle partici-

(1) Bull. de la Soc. anat., t. XXIX, p. 349.

pera à la fois aux symptômes des deux variétés précitées.

On ne confondra pas avec ces tumeurs les kystes, car l'absence de frémissement et la coloration toujours uniforme de la tumeur seront des signes à l'aide desquels le chirurgien évitera une erreur.

Anévrysme circonscrit. — L'observation la plus remarquable d'anévrysme circonscrit est celle de Colomb. Maisonneuve la rapporte dans sa thèse de concours. Le siège de cette tumeur serait pour lui la face inférieure de la langue où se trouvent les artères raphines. Dans l'observation de Colomb la tumeur était située à la partie moyenne et supérieure de la langue, elle présentait le volume d'une noisette, elle était molle et pulsatile; on y percevait aussi les frémissements. Il suffit d'avoir présents à l'esprit les symptômes des tumeurs kystiques pour ne pas hésiter à faire le diagnostic.

2° DIAGNOSTIC DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DE KYSTES.

Kystes séreux. — Ce sont les plus fréquents, ils siègent de préférence à la base de la langue et à sa partie inférieure dans le tissu sous-muqueux. Ce sont des tumeurs de grosseur variable, molles et franchement fluctuantes, tantôt congénitales, tantôt acquises.

Kystes muqueux. — Ceux-ci siègent dans les glandes linguales, à la partie inférieure de l'organe le plus souvent, ils ont à peu près le même aspect que les

kystes séreux ; néanmoins la fluctuation y est moins évidente.

Kystes hydatiques. — La ressemblance de ces tumeurs avec les kystes séreux est très grande, la sensation de collision est impossible à percevoir, aussi le diagnostic ne pourra être établi que par la ponction exploratrice et l'examen histologique du contenu de la poche kystique.

Kystes dermoïdes. — Tumeurs congénitales, par le palper la sensation que l'on éprouve est celle d'un corps ayant la consistance du mastic, en outre la muqueuse garde pendant un certain temps l'empreinte des doigts ; cette empreinte disparaît par les mouvements de la langue ; ajoutez à cela le siège de la tumeur toujours sur la ligne médiane et vous aurez un ensemble de signes assez caractéristiques.

Remarque. — Nous n'hésitons pas à croire que le plus souvent le diagnostic des différentes variétés de kystes est fort difficile, aussi pour plus de facilité conseillerions-nous volontiers au chirurgien de diviser ces tumeurs en deux grandes catégories, l'une, *kystes congénitaux*, dans laquelle rentreraient les kystes dermoïdes et certains kystes séreux ; l'autre, *kystes acquis*, dans laquelle seraient comprises toutes les autres collections kystiques ; nous inclinons à penser qu'avec cette marche le chirurgien fera moins souvent fausse route ; néanmoins la ponction exploratrice sera nécessaire dans l'immense majorité des cas pour éclaircir le problème.

PRONOSTIC.

Les tumeurs kystiques qui siègent sur la langue sont le plus souvent bénignes; en effet, elles n'altèrent pas la santé générale, leur marche est lente et elles ne récidivent pas après un traitement approprié, si celui-ci a été bien fait et si surtout le malade s'est montré docile à tous les soins.

Dans quelques cas, on a pu constater que la présence des kystes sur la langue mettait les jours du malade en danger (cas de P. Dubois et de Mollière). Dans ces cas heureusement très rares, on peut par un traitement bien dirigé faire cesser les symptômes de fâcheux augure et tout rentre assez promptement dans l'ordre.

Traitement.

Divers modes de traitement ont été proposés pour la guérison des Kystes de la langue. Ce sont : *L'Incision avec excision partielle et cautérisation, l'Extirpation, la Ponction simple ou suivie d'injection et le Séton filiforme.*

Incision avec excision partielle et cautérisation. — Cette méthode qui a été très nettement exposée par les auteurs du *Compendium de chirurgie* est considérée par eux comme le meilleur mode de traitement. Voici en quoi elle consiste : on embroche la partie libre du kyste avec un ténaculun, on coupe ensuite toute la partie embrochée avec des ciseaux courbés de manière à produire une perte de substance assez étendue. Le contenu de la poche kystique s'écoule par cette ouverture ; lorsque la poche est vide on cautérise toute sa paroi interne et les bords de l'ouverture avec le crayon de nitrate d'argent. On a proposé encore des cautérisations avec le perchlorure de fer, l'ammoniaque, l'acide chromique, le chlorure de zinc ; et certains auteurs conseillent de bourrer la cavité du kyste avec de la charpie aussitôt après la cautérisation.

Le jour suivant on introduit un stylet entre les

bords un peu rapprochés de la plaie, on fait ainsi une nouvelle cautérisation semblable à la première. Si l'on a soin de répéter cette manœuvre tous les deux jours au moins, on empêche l'ouverture de se fermer avant que le fond du Kyste soit cicatrisé, excité qu'il est par la cautérisation. Ainsi la cavité s'oblitére peu à peu et la guérison définitive ne tarde pas à arriver.

La récurrence ne sera pas à craindre si tous ces soins sont bien acceptés par le malade; mais si celui-ci est indocile, et c'est ce qui arrive surtout chez les enfants, la guérison pourra n'être que temporaire et la tumeur récidivera le plus souvent.

Ce traitement d'une application douloureuse n'est pas bien accepté par tous les malades. Aussi, tout en reconnaissant ses qualités, pensons-nous qu'on ne doit l'employer que dans le cas où le chirurgien ne pourra pratiquer l'*Extirpation*.

Extirpation. — L'extirpation proposée par Blandin constitue le traitement par excellence. Malheureusement on ne peut pas toujours y avoir recours. Il est des cas dans lesquels le volume de la tumeur, ses connexions avec les parties voisines, surtout avec les vaisseaux, commandent au chirurgien une extrême prudence; nous croyons cependant ces cas assez rares pour ne pas faire rejeter systématiquement la méthode dont il s'agit.

L'extirpation a été pratiquée pour deux kystes hydatiques par M. Lannelongue et M. D. Molière chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ces deux opéra-

tions ont été suivies d'un plein succès. Dans le cas de M. Lannelongue où le malade était un garçon de deux ans et demi, voici le procédé opératoire qui a été employé : la langue étant relevée par un aide, une incision longitudinale d'un centimètre de longueur a été faite sur la face inférieure de la muqueuse, au niveau de la petite tumeur ; par la pression on la fit saillir entre les lèvres de la plaie et à l'aide d'une pince et d'une sonde cannelée le kyste fut énucléé. Dans le cas de M. Mollière une incision longitudinale fut aussi faite sur la muqueuse au niveau de la tumeur ; celle-ci fut disséquée ; elle adhérait fortement aux muscles linguaux ; l'arter ranine fut ouverte dans le cours de l'opération et malgré cet accident la guérison n'en fut pas moins parfaite.

Nous croyons utile de rapporter ici ces deux observations, car elles montrent bien avec quelle rapidité la guérison a été obtenue.

C'est au traitement par l'extirpation que, selon nous, le chirurgien devra donner la préférence à moins toutefois que le volume du kyste et ses rapports avec les organes voisins ne rendent l'opération impossible sans grand danger pour le malade.

OBSÉRVATION IV.

Kyste hydatique de la langue ; extirpation, guérison.

(Communication faite à la Soc. de chir. par M. Lannelongue, le 4 juin 1879.)

Le 10 avril 1879, une femme de Saint-Denis m'est adressée à l'hôpital Trousseau par M. Izenard, mon ancien interne. Elle

amenait son fils, un garçon de 2 ans et demi, qui portait dans la langue une petite tumeur. Cette tumeur avait été examinée par M. Izenard qui pensait à un kyste. Elle occupe une partie de la langue voisine de la pointe à droite de la ligne médiane. Du volume d'un gros pois chiche, elle a une consistance dure et résistante; elle est placée au milieu des muscles de la langue; la muqueuse linguale inférieure glisse au-dessus d'elle mais on ne peut pas obtenir, et cela se conçoit un glissement analogue de la muqueuse dorsale.

La mère s'est aperçue de l'existence de cette grosseur il y a un mois environ et depuis cette époque elle paraît augmenter de volume.

L'examen de l'enfant dans le but de rechercher l'existence de tumeurs semblables dans d'autres organes, dans les membres inférieurs ne fait rien découvrir.

Tout porte à croire que cette tumeur est bien un kyste de la langue; pourtant étant donnée sa consistance j'émetts aussi la pensée que la tumeur pourrait être solide, de la nature des myômes ou des fibromes.

J'en décide l'extirpation. Elle a été pratiquée le 26 mai; l'enfant était endormi. Une incision longitudinale d'un centimètre de longueur, faite sur la face inférieure de la muqueuse, au niveau de la petite tumeur, permit d'arriver sur elle; la pression lui fit alors faire saillie entre les lèvres de la plaie. Avec une sonde cannelée et la pince, je cherchai alors à en faire l'énucléation et j'y parvins en prenant quelques soins. Il est bon de dire que la langue était saisie et relevée par la main d'un aide. La guérison fut complète en cinq jours.

La tumeur est bien un kyste; nous l'avons entière; elle possède une enveloppe d'un blanc bleuâtre, fine, transparente, offrant quelques légères vascularisations.

Cette tumeur a été examinée au Collège de France par le chef de laboratoire de M. Ranvier, M. Malassez. En piquant la petite tumeur avec une aiguille afin de recueillir le liquide contenu, M. Malassez eut son attention éveillée par la sortie d'un point louche. Il s'empresse de le recueillir et de l'examiner au microscope; à son étonnement comme au mien, quant il m'a fait part de sa découverte, il avait sous les yeux un magnifique cysticer-

que vivant avec sa tête, sa double couronne de crochets, etc.....

En y réfléchissant davantage, on est moins étonné et on comprend que l'introduction du ver dans la langue soit plus facile à saisir que son arrivée dans une région éloignée des voies digestives, comme les membres, par exemple. En tout cas il est certain que la présence du cysticerque n'a été reconnue que grâce au concours des circonstances dont je viens de parler et qui me paraissent suffisantes pour croire que probablement certains kystes simples de la langue sont de même nature.

OBSERVATION V.

Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu de Lyon).

Kyste hydatique de la langue; énucléation, guérison.

(Observation recueillie par M. Chavanis,
interne du service (1).)

L. S..., âgé de 24 ans, instituteur primaire, entra le 18 septembre 1874, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ce jeune homme, qui me paraît être d'une robuste constitution, fait remonter au mois de mars la lésion qui l'amène. Quelques jours avant, une violente angine qu'il aurait eue à cette époque, un petit bouton (c'est l'expression dont il s'est servi) avait apparu sur sa langue. Ce bouton qui s'accrut rapidement avait à ce moment le volume d'un pois. Puis survinrent des phénomènes inflammatoires d'une grande intensité. La langue devint énorme et pendant quinze jours le malade fut dans l'impossibilité d'ingérer aucun aliment. Une fois cette poussée inflammatoire dissipée, le malade reconnut que la petite tumeur avait conservé son volume primitif. Elle était indolente, mais elle continua à grossir si bien qu'au bout de quelque temps le malade eut beaucoup de peine à se livrer à l'exercice de sa profession. A son entrée, on pouvait voir sur le bord droit de la langue, faisant saillie surtout du côté de la face dorsale une tumeur arrondie, et très dure, de la grosseur d'une noix

(1) Progrès médical, 1875, n° 1.

Géhé.

environ. Cette tumeur était bien limitée, régulièrement arrondie, indolente. La langue fut saisie avec un linge et attirée en haut et hors de la bouche avec une certaine force. La langue ainsi immobilisée on put rechercher et constater d'une manière très nette la fluctuation. On diagnostiqua un kyste de la langue.

Le 12 septembre il fut procédé à l'opération. La langue, saisie à son extrémité avec une pince très acérée, fut attirée en dehors. Une incision longitudinale fut pratiquée sur le dos de l'organe et l'on procéda à la dissection de la tumeur dont la coque adhérait assez intimement aux tissus linguaux, mais surtout, profondément, aux muscles au milieu desquels elle s'était développée. Il y avait aussi profondément une adhérence avec l'artère ranine qui fut ouverte tout à fait à la base de la langue. La tumeur enlevée, comme il eût été très difficile de lier l'artère, on réunit la plaie à l'aide de cinq points de suture métallique. L'hémostasie fut de la sorte assurée. Le malade fut transporté dans son lit et on lui fit faire pendant le reste du jour des gargarismes buccaux avec de l'eau de Pagliari glacée.

Il y eut le lendemain un certain degré de gonflement. La langue était aussi volumineuse qu'avant l'opération; elle présentait une coloration bleuâtre ecchymotique. Les gargarismes glacés et aromatiques furent continués. Il n'y eut pas de fièvre, et, pendant toute la durée de la cure, la température n'atteignit pas 39° centigrades.

Le 16 septembre, le quatrième jour, les points de suture furent enlevés, on chassa par pression les caillots qui s'étaient accumulés dans la cavité du kyste, et le 20 septembre, le malade présentant encore une petite plaie linéaire et un léger gonflement, quitta l'hôpital, parlant librement et n'éprouvant plus aucune douleur.

En examinant la tumeur, on trouva dans son intérieur une vésicule transparente, à parois excessivement minces, transparentes, avec un petit point opaque. C'est ce point qui fut soumis à l'examen microscopique. On y trouva le parasite avec ses ventouses et sa couronne de crochets. On avait donc eu affaire à un kyste hydatique de la langue.

Ponction. — La ponction simple est une opération

qui a été pratiquée par Paul Dubois chez un nouveau-né, dans un cas de kyste séreux de la grosseur d'une noisette siégeant à la partie antérieure de la langue. Le contenu de la tumeur s'évacua par l'ouverture faite à l'aide d'un bistouri. La guérison fut rapide et il n'y eut pas de récurrence. Nous rapportons plus loin cette intéressante observation.

Nous pensons que ce mode de traitement est bien inférieur et à l'incision avec excision partielle et cautérisation et à l'extirpation. Si dans le cas de Dubois le succès a été complet, il ne doit pas en être toujours ainsi et la récurrence doit être la règle, le liquide se reproduisant très facilement dans la poche kystique.

Certains auteurs ont conseillé pour faire établir des adhérences entre les parois du kyste de faire suivre la ponction d'une injection iodée ; de traiter ces affections comme une hydrocèle, et à ce sujet mentionnons qu'on pourrait peut-être aussi employer pour la guérison des kystes de la langue la méthode préconisée par Defer contre la vaginalite ; méthode qui consiste à fondre du nitrate d'argent à l'extrémité d'une sonde cannelée, à introduire cette dernière dans la canule, après l'évacuation du liquide, et à cautériser la séreuse en faisant décrire à la sonde et à la canule des mouvements de circumduction très étendus pour augmenter les points de contact du caustique avec la paroi à modifier.

Nous ne connaissons pas de cas dans lesquels le traitement par l'injection iodée ait été employé ; aussi,

sans le condamner, nous lui préférons l'*extirpation* et à son défaut l'*excision partielle*.

OBSERVATION VI.

Observation sur une maladie congénitale de la langue, par M. Dubois; ponction, guérison.

(Gazette médicale, 1833, page 133.)

J'ai été consulté le mois dernier pour un enfant né depuis deux jours et dont la langue était atteinte d'une maladie congénitale dont je vais essayer de donner une idée exacte. Toute la partie antérieure et libre de cet organe, au lieu d'être légèrement aplatie, comme elle l'est en général, était au contraire arrondie, tendue et avait le volume et la forme d'une grosse noisette; la partie postérieure et adhérente de la langue jusqu'à sa base avait son apparence ordinaire; l'enfant gêné sans doute par le volume de la partie malade la portait souvent hors de sa bouche et il était alors facile de l'examiner. La face inférieure de la langue paraissait formée par une membrane mince, transparente, tendue, ayant une teinte blanche légèrement nuancée de violet dans quelques points et parcourue sur toute sa surface par des arborisations vasculaires très fines. Le doigt appliqué sur ce point de l'organe y sentait une fluctuation manifeste; en un mot toute cette partie de la région inférieure et libre de la langue offrait exactement l'aspect que présente un sac herniaire qui vient d'être mis à découvert et qui est distendu par un liquide séreux très abondant ou, pour nous rapprocher davantage de l'organe qui nous occupe, celui qu'offre la tumeur sublinguale connue sous le nom de grenouillette. L'enfant avalait sans beaucoup de difficulté les liquides qu'on présentait à sa bouche avec une cuiller; mais il lui était impossible de prendre le sein de sa nourrice, et l'on conçoit aisément que la rondeur et la tension de sa langue s'opposaient complètement à ce que la face supérieure de cet organe pût se creuser en gouttière pour recevoir le mamelon et le tenir embrassé. Cette circonstance surtout engagea les parents à s'éclairer de plusieurs avis et notre confrère

M. Mauquelin, qui avait reçu cet enfant, les engagea à me consulter. Je n'avais pas encore vu d'affection de ce genre chez un enfant nouveau-né et je ne pense pas qu'aucun fait semblable ait été publié. Je fus donc incertain d'abord et j'examinai en conséquence la maladie avec une scrupuleuse attention, et après cet examen je résolus de pratiquer une incision peu étendue ou même une simple ponction sur la face inférieure de la langue, ce que je fis très facilement avec la pointe d'un bistouri, après avoir saisi l'organe entre le pouce et l'indicateur de la main gauche ; à peine la ponction était-elle faite, qu'un liquide visqueux parfaitement semblable à du blanc d'œuf par la couleur et la consistance s'écoula en assez grande quantité ; la poche, je devrais dire la langue, se vida entièrement à l'aide d'une légère pression, une ou deux stries sanguinolentes s'aperçurent à peine ; la langue s'aplatit et reprit en un instant sa forme naturelle. Comme il ne s'écoulait pas de sang, et que par conséquent il n'y avait rien à craindre de l'exercice de la succion, le sein de la nourrice fut présenté presque aussitôt ; l'enfant le saisit avec facilité et teta pour la première fois : aucun accident ne vint compliquer cet état de choses.

Le lendemain la langue offrait une légère tuméfaction qui ne s'opposait pas à l'allaitement et qui se dissipa d'ailleurs en partie dans la journée même et disparut entièrement le jour suivant. La reproduction d'un nouveau liquide dans la poche membraneuse n'eut pas lieu, quoiqu'il fût assez naturel de le craindre. Vingt jours se sont écoulés depuis l'opération ; l'enfant se porte et se nourrit à merveille.

Remarque. — Cette affection, ainsi que le prouvent les réflexions de l'illustre professeur, fut prise par lui pour une grenouillette congénitale développée dans le canal de Warthon. Pour expliquer sa théorie, il fut obligé d'admettre que ce canal se prolongeait jusqu'à dans l'épaisseur de la portion libre de la langue. C'est là une opinion que l'observation directe ne confirma pas, et nous pensons avec Maisonneuve qu'il s'agissait tout simplement d'un kyste séreux.

Séton filiforme. — Ce procédé thérapeutique pourrait aussi être employé. Le séton, en effet, permet à la tumeur de se vider, en même temps qu'il amène une inflammation adhésive capable de l'oblitérer.

Nous ne connaissons pas d'exemple d'emploi du séton filiforme pour des kystes de la langue. Comme il existe entre ces kystes et ceux du plancher de la bouche de grandes analogies, on nous permettra de rappeler le cas observé par M. le professeur Richet en 1861, alors qu'il était chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait d'un enfant nouveau-né qui portait un kyste de la région sublinguale. Le séton filiforme fut employé. Le petit malade fut présenté assez régulièrement pendant quatre mois à la consultation. Les bons effets du traitement se montrèrent, quoique assez tardivement et, après cinq mois, le malade ne fut plus présenté sans qu'on puisse savoir s'il a été radicalement guéri (1).

En résumé, parmi les divers traitements qui ont été proposés, l'*extirpation*, chaque fois qu'elle sera possible, nous paraît devoir être préférée : dans le cas contraire, nous pensons qu'on doit avoir recours à l'*incision avec excision partielle et cautérisation*.

Parmi ces quatre modes de traitement, l'*extirpation* et l'*excision partielle* peuvent s'appliquer à toutes les variétés de kystes ; la *ponction* et le *séton filiforme* ne pourraient pas être employés pour des kystes dermoïdes.

(1) Landeta (Thèse de Paris, 1853. p. 47).

CONCLUSIONS.

De cette étude nous tirerons les conclusions suivantes :

1° Les kystes de la langue sont tantôt congénitaux, tantôt acquis.

2° Le diagnostic de ces tumeurs avec les autres affections de la langue est généralement facile ; il n'y a de difficulté que lorsqu'il s'agit de différencier les variétés entre elles.

3° Les kystes de la langue constituent une affection bénigne.

4° Un même traitement leur est applicable.

BIBLIOGRAPHIE

- Fabrice d'Aquapendente.** — Edition latine, 1620, *Ranulæ curatio*, p. 130.
- Louis.** — Sur les tumeurs sublinguales. (Mém. de l'Acad. roy. de chir., 1774, t. V, p. 421.)
- Jourdain** (Aus. L.) — Traité des maladies et des opérations de la bouche (art. Grenouillette. Paris, 1778, t. II. p. 558).
- Dict. des sc. méd.** — Art. Langue, par Percy et Laurent. 1818, t. XXVIII, p. 244.
- Gazette médicale.** — 1833, p. 133.
- Dict. de méd. et chir. prat.** — Art. langue, par Ph.-Fréd. Blandin. (1834, t. XI, p. 8.)
- Dict. de méd. en 30 vol.** — Art. langue, par Marjolin et Ollivier. (1838, t. XVII, p. 507.)
- Maisonneuve.** — Des tumeurs de la langue (thèse de concours, 1848, p. 79-97-100-106).
- Boyer.** — Maladies chirurgicales (1849, t. VI, p. 289, art. Grenouillette).
- Lenôl.** — Des affections chir. de la langue (thèse Paris, 1851, p. 30).
- Lebert.** — Des kystes dermoïdes (Mém. Soc. biol., 1^{re} série, t. IV, 1852, et Traité d'an. path., t. I, p. 233. Paris, 1857).
- Verneuil.** — Kystes de la partie sup. et médiane du cou. (Rech. anat. in Arch. gén. de méd., 1853, t. I. p. 185.)
- Beauregard.** — Aff. chir. de la langue (thèse Strasbourg, 1857, p. 23.)
- Perroud.** — Recherches sur la grenouillette (thèse Paris, 1858, p. 46).
- Dolbeau.** — Mémoire sur la variété de tumeur dite grenouillette sanguine. (Paris, 1857, n° 117.)
- Foucher** (L.-A.-S.-Oct.). — Des tumeurs érectiles de la langue (thèse. Paris, 1862, p. 22).
- Landeta.** — Thèse Paris, 1863. Réflexions sur q. q. tumeurs sublinguales, p. 45.

- Demons.** — Des kystes du plancher de la bouche. (Thèse Paris 1868, p. 37.)
- Broca.** — Traité des tumeurs (t. II, p. 12. Paris, 1869).
- Raillard.** — Des grenouillettes et tumeurs sublinguales (thèse Paris, 1871, p. 11).
- Nouv. Dict. de méd. et chir. prat.** — T. XIX, p. 754, et t. XX, p. 157.
- Dict. encyc. des sc. méd.** — T. I, 2^e s., p. 378, 1872.
- Archives de méd.** — T. II, p. 112, 1872.
- Fairlie Clarke.** — Treatise of the diseases of the Tongue (London, 1873), p. 218.
- Paul Hybord.** — Des maladies chir. de la langue (Arch. de méd., 1873, t. II, p. 347).
- Cusset.** — Etude sur l'appareil branchial des vertébrés et quelques affections qui en dérivent chez l'homme (thèse Paris, 1877, p. 27 — 115).
- Bulletins Soc. chir.** — S. 4 juin 1879.
- Follin et S. Duplay.** — Elém. de path. chir., t. IV, p. 794.
- Compendium de chirurgie.** — T. III, p. 705.
- Hayem.** — Revue des sciences médicales, t. V, p. 778.
- Cornil et Ranvier.** — Histol. path. (Paris, 1881, p. 355.)
- Tillaux.** — Anatomie topographique (p. 323).
-

QUESTIONS

SUR LES DIFFÉRENTES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des aponévroses,
Physiologie. — De la sécrétion de la bile et du rôle
de ce liquide.

Physique. — Description des piles les plus usitées.

Chimie. — Théorie sur la constitution chimique
des sels; action des sels les uns sur les autres; lois
de Berthollet.

Histoire naturelle. — Des tiges, leur structure, leur
direction, caractères qui distinguent les types des
dicotylédones et des monocotylédones, théories de
l'accroissement.

Pathologie externe. — Du phlegmon.

Pathologie interne. — Des fièvres intermittentes.

Pathologie générale. — Des métastases.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des lésions
des nerfs.

Médecine opératoire. — De la valeur des appareils
inamovibles dans le traitement de la coxalgie.

Pharmacologie. — Des gargarismes et des collu-
toires; des collires gazeux, liquides, mous et solides;

des injections, des inhalations, des fermentations, des fumigations.

Thérapeutique. — Des indications de la médication tonique.

Hygiène. — De l'action de la lumière sur l'organisme.

Médecine légale. — Empoisonnement par le chloroforme et l'éther; comment peut-on connaître la présence de ces anesthésiques dans le sang?

Accouchements. — Des paralysies symptomatiques de la grossesse.

Vu, par le président de la thèse,
VERNEUIL,

Vu, bon et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.